



## Artigo Original

# Articulação entre o Centro de Atenção Psicossocial e a Atenção Básica no cuidado da pessoa com transtorno mental

*The relationship between the psychosocial care center and the basic attention for the person with mental disorder care.*

**Girlaine Mayara Peres<sup>1</sup>**

**Ana Maria Pereira Lopes<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Acadêmica de Psicologia, Universidade do Sul de Santa Catarina

<sup>2</sup> Professora Assistente, Universidade do Sul de Santa Catarina

**RESUMO:** A implantação da Reforma Psiquiátrica no Brasil envolve uma rede de cuidados para a pessoa com transtorno mental, da qual fazem parte a Atenção Básica (AB) e o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). O presente estudo buscou descrever as características da articulação entre estes serviços no município de Florianópolis (SC). Utilizou-se pesquisa de abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritiva, recorrendo-se à entrevista semiestruturada com 10 trabalhadores de diferentes profissões e de ambos os serviços. Para a análise dos dados utilizou-se análise de conteúdo. Os resultados indicam que a articulação se dá na integração dos serviços, nos encaminhamentos, no reconhecimento de demandas destinadas aos serviços, na presença de rede de cuidados, e na estruturação da política de saúde mental no município. A atenção em saúde mental está organizada pelo estabelecimento de um fluxo segundo a necessidade da pessoa atendida e por meio de um conjunto de ações técnico-assistenciais. Porém, há déficits no quadro funcional, na estruturação de serviços públicos e na rede mais ampla de atenção psicossocial. Tudo isso coloca tal serviço diante dos desafios do que preconiza a Reforma Psiquiátrica a partir da Lei 10.216/01, ou seja, da passagem da dimensão legal - no plano da Lei, à institucional - no plano de ações.

**Palavras chaves:** Saúde mental. Centro de Atenção Psicossocial. Atenção Básica.

**ABSTRACT:** The implementation of the Psychiatric Reform in Brazil involves a network of care for the person with mental disorder, which comprises the Basic Attention (BA) and the Psychosocial Care Center (PCC). This study aimed at describing the characteristics of the articulation between these services in the city of Florianópolis (SC). A qualitative descriptive exploratory approach to survey was chosen, in which a semi-structured interview with 10 workers from different areas and from both services was conducted. The content analysis was selected to evaluate the collected data. The results indicate that the articulation happens through the integration of services, the referrals, the recognition of demands related to the services, the network care presence, and the structuring of the mental health policy in the city. The attention in mental health is organized by the establishment of a flow according to the needs of the individual in treatment and by a set of technical and assistance actions. However, there is a deficit in the workforce, in the structuring of public services and in the broaden network of psychosocial attention. All these elements put such service before the challenges of what is recommended the Psychiatric Reform after the law # 10.216/01, in other words, the passage from the legal sphere - in terms of law, to the institutional - in terms of action.

**Keywords:** Mental health. Psychosocial Care Center. Basic Attention.

## 1. INTRODUÇÃO

Ao longo da história, a loucura já foi considerada de diferentes maneiras. No Ocidente, ao longo dos últimos três séculos foi considerada como sinônimo de perigo, agressividade e possessão. Pessoas com sofrimento psíquico, juntamente com outros segmentos de alijados, eram colocadas em asilos e hospitais com a finalidade de manter a ordem na sociedade<sup>1</sup>. Esse modelo, criticado por sua ineficácia na reabilitação das pessoas com sofrimento psíquico, teve várias propostas de mudanças, mas foi a Psiquiatria Democrática Italiana, organizada por Franco Basaglia, a vertente que mais influenciou mudanças nesse setor<sup>2</sup>.

O processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil teve seu início após o período da Ditadura Militar<sup>3</sup>. Com a insatisfação popular, aumentou a participação política dos cidadãos brasileiros diante do autoritarismo das políticas institucionais. Nesse momento, foram iniciadas as organizações dos

**Autor correspondente**

**Girlaine Mayara Peres**

Universidade do Sul de Santa Catarina.

Campus Universitário Pedra Branca

Av. Pedra Branca, 25 - Cidade Universitária Pedra Branca

CEP 88132-000 - Palhoça - Santa Catarina

Email: [mayeres@hotmail.com](mailto:mayeres@hotmail.com)

Artigo encaminhado 25/11/2010

Aceito para publicação em 30/04/2011

partidos políticos, movimentos sociais, bem como sindicatos. De acordo com Amarante<sup>1</sup>, as mudanças no modelo de assistência em saúde mental no Brasil também se deu com a influência de leituras de obras como as de Michel Foucault e Robert Castel. Tais leituras, juntamente às proposições de Basaglia, serviram de base para denúncias de maus tratos e mortes em manicômios e foram propulsoras de movimentos sociais como o Movimento Nacional de Luta Antimanicomial (MNLA), cujo mote foi a luta conta a hospitalização e grande conquista foi a promulgação da Lei 10.216 em 2001<sup>4</sup>. Tal Lei instalou e redirecionou o modelo de assistência para a atenção psicossocial, sendo a internação hospitalar o último recurso de atenção.

Para Amarante<sup>5</sup>, a Reforma Psiquiátrica não significa apenas uma reestruturação do modelo de assistência à pessoa com transtorno mental, mas o estabelecimento de quatro dimensões de mudança para a atenção em saúde mental que devem ocorrer de modo inter-relacionado. São essas dimensões de cunho teórico-conceitual, técnico-assistencial, jurídico-político e sócio-cultural. A primeira refere-se à produção de conhecimento que fundamenta a prática e o saber dos profissionais em saúde mental. A dimensão técnico-assistencial ocorre na construção de uma rede de novos serviços, o que “significa colocar a doença entre parênteses e propiciar contato com o sujeito”<sup>5:p.32</sup>. No campo jurídico-político ocorrem as lutas pelos direitos das pessoas com transtorno mental, bem como a luta jurídica e política pela a extinção de manicômios. Na dimensão sociocultural propõe-se no imaginário social da loucura por meio da inclusão destas pessoas.

Em consonância com a perspectiva proposta por Amarante<sup>5</sup>, para o Ministério da Saúde (MS) o processo de Reforma Psiquiátrica se constitui como

Um processo político e social complexo, composto por atores, instituições e forças de diferentes origens, e que incide em territórios diversos, nos governos federal, estadual e municipal, nas universidades, no mercado de serviços de saúde, nos conselhos profissionais, nas associações de pessoas com transtornos mentais e de seus familiares, nos movimentos sociais, e nos territórios do imaginário social e da opinião pública. Compreendida como um conjunto de transformações de prática, saberes, valores culturais e sociais, é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões conflitos e desafios<sup>6:pp.5</sup>.

A partir da implementação da Lei 10.216/01, outras formas de intervenção e planejamentos foram efetivados, sendo criados serviços substitutivos ao hospital como o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e atendimentos em saúde mental na Atenção Básica à Saúde (AB). Uma vez que o Sistema Único de Saúde (SUS) se organiza por níveis de complexidade, o acesso à saúde mental se inicia preferencialmente no nível primário, na AB, por meio das equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF). No nível secundário, serviços especializados, os CAPS, atendem a demanda referenciada pelo nível básico, se constituindo a internação o último recurso de encaminhamento.

A fim de se avançar na articulação entre a saúde mental e o nível primário em saúde, alguns princípios são identificados pelo MS, tais como: noção de território, organização da atenção a saúde mental em rede, intersetorialidade, reabilitação psicossocial, multiprofissionalidade, interdisciplinaridade, desinstitucionalização, promoção da cidadania aos usuários e construção da autonomia possível. O debate sobre esses princípios podem fortalecer a articulação entre AB e CAPS na organização do atendimento<sup>4</sup>.

Os CAPS são instituições especializadas com função de atender a pessoa com transtorno mental grave, enfocando a integração dos usuários na comunidade e sua inserção familiar e social<sup>7</sup>. Têm como função receber o sujeito com sofrimento psíquico grave garantindo sua particularidade, acolher sua história de vida, possibilitando um vínculo com a instituição. Busca o acolhimento dos sintomas e o acompanhamento de suas repercussões nas relações sociais, com o objetivo de garantir autonomia, capacidade de a pessoa gerenciar sua própria vida e de escolhas<sup>8</sup>. Cabe ao CAPS buscar integração permanente com as equipes da rede básica, com o objetivo de oferecer suporte, assistência e capacitação.

A AB é um nível de assistência com finalidade de acompanhar a demanda de saúde da comunidade com “ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças”<sup>9:p.5</sup>. A demanda de saúde mental, em muitos serviços de AB, já vem sendo atendida pelo Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), recentemente implantado pelo MS cuja função é de apoio a demandas complexas que se apresentam nos postos de saúde, como as de saúde mental. A equipe do NASF, que é interdisciplinar tem, em face das demandas em saúde mental, função de regular os fluxos, diferenciando os casos que são da AB e os do CAPS, sob a coordenação

desse último. O Ministério da Saúde (MS) aponta que 56% das equipes de saúde da família já realizaram ações em saúde mental sendo necessária a comunicação ininterrupta entre o CAPS e AB, aprimorando a referência e contra-referência<sup>10</sup>.

A atenção em saúde mental deve ser feita dentro de uma rede de cuidados que participam a AB, os CAPS, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivências, os clubes de lazer, as igrejas, os amigos, escola, trabalho entre outros<sup>4</sup>. Essa rede deve estar bem articulada, sendo condição para a sua existência a compreensão do território, discussão dos casos, integração entre os profissionais intra e inter-serviços, supervisão clínico-institucional, tempo para os atendimentos, e profissionais capacitados. A ausência dessas condições é motivo de ruptura no acesso à saúde das pessoas que buscam ajuda, assim, não contribuindo para o processo da Reforma Psiquiátrica e contribuindo com a hospitalização.

Na articulação CAPS e AB, a intervenção dos profissionais de saúde mental não se restringe às ações técnicas ou médicas, mas à reconstrução de valores voltados para a inclusão social das pessoas atendidas. Nesta perspectiva, o sujeito deve ser considerado para além da ideia de adoecimento e o sofrimento compreendido com base na sua história de vida e condição de existência. As dificuldades do dia a dia da PSP e de seu grupo social devem ser considerados para a construção da demanda configurando uma nova leitura nas necessidades<sup>11</sup>, o que denota aqui mais desafios para a referida articulação CAPS – AB, quando esta última tem a responsabilidade em construir articulação também com os Centros de lazer e esportes, centros de reabilitação, com os profissionais, bem como a realização do apoio matricial. No caso da saúde mental, o apoio matricial objetiva proporcionar suporte técnico a profissionais de saúde mental, além de regular os fluxos, permitindo diferenciar os casos que são da AB e os do CAPS, com a intenção de excluir a lógica dos encaminhamentos, no sentido de que esta amplie a responsabilidade, resolutividade sobre a demanda de saúde mental<sup>12</sup>.

A busca de estudos sobre a articulação entre o CAPS e a AB revelou que ainda há poucos estudos diretamente sobre essa temática. Por meio das palavras saúde mental e atenção básica de acordo com o DECS (Descritores da biblioteca Virtual em Saúde da Bireme), foram acessados sete artigos

indexados nacionais nas bases de dados scielo<sup>i</sup> e bireme<sup>ii</sup>. Sendo excluídos, evidentemente aqueles que tratavam de crianças e transtornos relativos à álcool e drogas.

Dentre os artigos encontrados salta à vista o de Silveira<sup>14</sup> e Dimenstein<sup>13</sup> que apontam as dificuldades encontradas para o atendimento das PSP devido à insuficiência de profissionais em saúde e a falta de preparação dos profissionais para suprir as necessidades das demandas. Silveira<sup>14</sup> identifica que o primeiro obstáculo enfrentado pelos usuários diz respeito à dificuldade ao acesso aos atendimentos psicológicos-psiquiátricos, sendo baixo o índice de pessoas atendidas em serviços substitutivos<sup>13</sup>. Silveira<sup>14</sup> complementa que os resultados da pesquisa sugerem a falta de preparo dos profissionais de saúde da rede básica para receber e cuidar de pessoas com transtornos psíquicos graves, principalmente quando os usuários são pessoas com histórias de múltiplas internações psiquiátricas. De acordo com o autor,

A reorganização das ações em saúde mental no Centro de Saúde e no PSF [Programa de Saúde da Família] deve considerar: a) a escassez de recursos humanos qualificados para o trabalho em saúde mental; b) as dificuldades da acessibilidade dos usuários às ações e serviços de saúde mental e c) a necessidade de desburocratização do processo de trabalho<sup>14;pp.9</sup>.

Para Bezerra e Dimenstein<sup>12</sup> a articulação entre os níveis de atenção ocorre com dificuldades, pois os CAPS centralizam a demanda, articulando-se de forma muito tímida nos territórios e na comunidade. Para Machado<sup>15</sup> fazem-se necessárias articulações entre os níveis primários e especializados. Foi com base nessas realidades que o presente estudo se voltou para a compreensão das características da articulação entre a AB e o CAPS, buscando também conhecer a integração entre os serviços, as demandas encaminhadas entre estes, bem como se dá a inclusão da pessoa com transtorno mental a partir do trabalho realizado.

## 2. PERCURSO METODOLÓGICO

A pesquisa foi realizada no ano de 2010. Caracteriza-se como qualitativa, visto que pretende compreender fenômenos a partir de especificidades de relações complexas que requerem aprofundamento de dados<sup>16</sup>. A fim de responder ao objetivo geral e específico, a pesquisa foi encaminhada com um

<sup>i</sup> [www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br)

<sup>ii</sup> [www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br)

caráter exploratório e descritivo. A primeira tem como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos, com o objetivo de proporcionar uma visão geral acerca do que se pesquisa. Já com a pesquisa descritiva é possível conhecer as características do fenômeno a ser pesquisado<sup>17</sup>, e sobre o qual, não existem pesquisas. Além de “Explorar uma realidade significa identificar suas características, sua mudança ou sua regularidade.”<sup>18:p.111</sup>. Assim, buscou-se descrever como ocorre a articulação entre uma Unidade Básica de Saúde (UBS) e o CAPS.

Foram participantes dessa pesquisa dez profissionais da Secretaria de Saúde do município de Florianópolis (SC), sendo cinco do CAPS e cinco de um serviço da AB. No âmbito do CAPS participaram dois psicólogos, um psiquiatra, um assistente social e um enfermeiro. Já no âmbito da AB, cuja articulação se dá preferencialmente através da equipe do NASF, participaram um psiquiatra, um psicólogo um assistente social. Além disso, foram entrevistados um enfermeiro e um médico, profissionais que participam da ESF e estão, como tal, permanentemente na UBS.

As entrevistas foram gravadas e ocorreram nos locais de trabalho, em espaços reservados e no horário de expediente. Os dados foram coletados por meio de uma entrevista semi-estruturada cujo roteiro buscou aprofundar os aspectos investigados, descritos anteriormente<sup>19</sup>. Tal instrumento consistiu em perguntas abertas em relação à integração, encaminhamento, demanda, rede e fluxo de trabalho. Durante a entrevista, a entrevistadora manteve uma postura flexível em relação ao roteiro, e não manteve, necessariamente, a ordem das perguntas e fez, quando necessário, perguntas adicionais em consonância com os objetivos da pesquisa.

Ao início da entrevista, os participantes foram esclarecidos de que a pesquisa havia sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Unisul (CEP-UNISUL Protocolo ético 09.521.7.07.III). A entrevistadora informou ainda sobre a manutenção do sigilo quanto aos informantes, bem como foi esclarecido que a participação seria livre, podendo o participante desistir a qualquer momento. Nessa ocasião foram assinados os termos de consentimento livre e esclarecido.

A organização dos dados ocorreu a partir da transcrição e escuta do material. A partir disso, os dados foram organizados em categorias centrais e subcategorias correspondentes aos objetivos da pesquisa. De acordo com Gomes<sup>20</sup> as categorias são

agrupamentos das informações que possuem características comuns para assim, iniciar a análise. Na organização das informações, as categorias corresponderam, ao mesmo tempo, à articulação na perspectiva do CAPS e da AB. A partir disso buscou-se descrever a articulação e discussão com o referencial teórico de sustentação da pesquisa, descrito na introdução do presente artigo. Na apresentação dos resultados, as falas oriundas do CAPS serão seguidas de “CA” e da AB, seguidas de “AB”.

### 3.RESULTADOS E DISCUSSÃO

#### 3.1.Há esforço para a integração entre os serviços

A integração CAPS-AB ocorre primeiramente fundamentada na assistência à PSP já ocorrida em um dos serviços. Quando uma pessoa é encaminhada para a AB, ou vice-versa, esta já vem pré-atendida. As falas dos entrevistados a seguir ilustram tal integração.

Porque se eu for pensar na regional X eu percebo alguma diferença sim, porque tem uma certa tentativa de trabalho e então os casos que vem da rede básica, geralmente, são casos nossos (sic) CA.

A diferença está na estrutura de atendimento, porque esse paciente que vem do CAPS, geralmente, já vem assistido, com um acompanhamento por algum tempo, ou já teve um pré-atendimento. Ele já vem e a gente já consegue estruturar o atendimento dele, organizar o atendimento com agendamento, essas coisas (sic) AB.

A integração, que evita encaminhamentos equivocados, evidencia um percurso da pessoa atendida, propiciando um acolhimento, escuta qualificada e maior condição para o atendimento da pessoa. Essa integração tem consonância com o que prevê a Lei 10.216/01 e com os princípios da Reforma Psiquiátrica, sobretudo no zelo com as PSP, não ficando esta, quando da alta do CAPS, sem assistência e a falta de apoio à reinserção social, tal qual aponta Dimenstein<sup>13</sup>. A integração entre os serviços é fundamental para a continuação adequada da assistência, bem como a consecução da integralidade com os encaminhamentos necessários para a sua saúde *in totum*.

A integração também pode advir a partir da realização das atividades dentro dos dois serviços. Os funcionários do CAPS apontam que ela ocorre no cotidiano do trabalho e nas reuniões de equipe. De acordo com um dos entrevistados, “nas reuniões

semanais do CAPS são discutidos, às vezes, os casos mais difíceis e todos os profissionais dão sugestões, informações que podem auxiliar nesse processo” (sic) CA. As reuniões de equipe no CAPS, que ocorrem semanalmente, têm como propósito discutir os serviços, atividades, as pessoas que fazem tratamento, os encaminhamentos e altas.

A integração entre os funcionários da AB é percebida por eles como efetiva. Um dos entrevistados afirma que

A unidade X é uma equipe muito integrada. Eles trabalham muito em conjunto, eles fazem festa, confraternizações freqüentes, então é uma equipe muito unida, porque a demanda lá é muito complicada. Tipo, o paciente quer agredir, tá com um porrete, com arma, se não atender... Apesar de todo o estresse como eles são muito integrados, uns com os outros, eles lidam muito bem com essa demanda psicossocial grave. Então, acho que a dinâmica, o relacionamento, o trabalho em equipe lá, por ser muito saudável, eles conseguem lidar com essa falta de diversas coisas muito bem (sic) AB.

Nota-se que a integração entre os serviços, não apresenta diferenças relativas à responsabilidade dirigida a ambos. E que, é necessário, um espaço de integração entre os trabalhadores, já que reflete diretamente em seus atendimentos. Esta ainda, no CAPS, é relacionada com a ocorrência da supervisão clínico-institucional com a finalidade de melhorar a realização do trabalho, o que é apontado pelos entrevistados como relevante para o trabalho.

A integração pode ser ainda compreendida por meio da realização do planejamento das atividades. Sobre o planejamento, este se encontra tanto na AB como no CAPS com indicativos de problemas. Em ambos os serviços, são indicadas dificuldades relativas à falta de funcionários. O CAPS também destaca a não discussão da política de saúde mental do município. Já na AB apareceram problemas, tais como funcionários designados para outras atividades e a existência do encaminhamento de usuário para serviço sem este estar informado, conforme a fala a seguir:

Eu acho que até hoje os encaminhamentos feitos pela AB eles ainda não estão muito organizados, às vezes um médico encaminha um paciente, mas porque ele viu que podia se beneficiar de uma psicoterapia, mas ao mesmo tempo não conversou com o paciente, o paciente não tem a sua demanda, tanto é que, às vezes, eu entro em

contato e a pessoa “encaminhamento para psicologia, por quê?” (sic) AB.

Especificamente na AB, o vínculo com os pacientes revelou outras perspectivas sobre a integração. Pode ser tanto gerador de dificuldades quanto de facilidades. A dificuldade se dá porque muitas pessoas oriundas do CAPS ainda mantêm os profissionais como sua referência, o que pode ser observado na perspectiva de um profissional da AB, para o qual “pacientes [que vieram] do CAPS, esses por serem mais graves, com pouca aderência são pacientes que acabam faltando muito” AB. Tal indicação leva à reflexão acerca da importância da AB em ampliar seu papel de estabelecimento de vínculo com as pessoas de seu território, quando cuidados da saúde em geral precisam ocorrer na AB, sob a égide da integralidade em saúde.

O não estabelecimento de vínculo com a unidade pode ser relacionado tanto a não correspondência desta com um modelo de promoção à saúde efetiva que açambarque aquela pessoa para além de ser uma pessoa com transtorno mental. A ESF tem como algumas de suas finalidades acompanhar a demanda da família, e desenvolver “ações de promoção da saúde, prevenção”<sup>9:p.5</sup>, constituindo-se como a porta de entrada do sistema de saúde, tem como fundamento possibilitar o acesso universal e contínuo aos cidadãos.

Desse modo ainda é grande o desafio da AB a abrangência de todo e qualquer morador de sua região. Por outro lado, e corroborando com a importância do papel da AB, a facilidade de vínculo com as pessoas com sofrimento psíquico também é apontada pela AB como um facilitador da integração. Esta foi observada relativa à familiaridade quando a pessoa atendida já tem presença anterior no serviço, como diz um entrevistado:

Agora, aqueles que são freqüentadores habituais da unidade, ele tem um ótimo vínculo com a equipe de saúde local e acaba, quando necessário, que precisa ter vínculo comigo, também ter um bom vínculo, que é regionalizado, estão eles já estão acolhidos num ambiente familiar digamos. Não é uma consulta fria como numa policlínica, é junto com quem já conhece, que já conhece a situação dele. Então, é bem mais interessante pra ele (sic) AB.

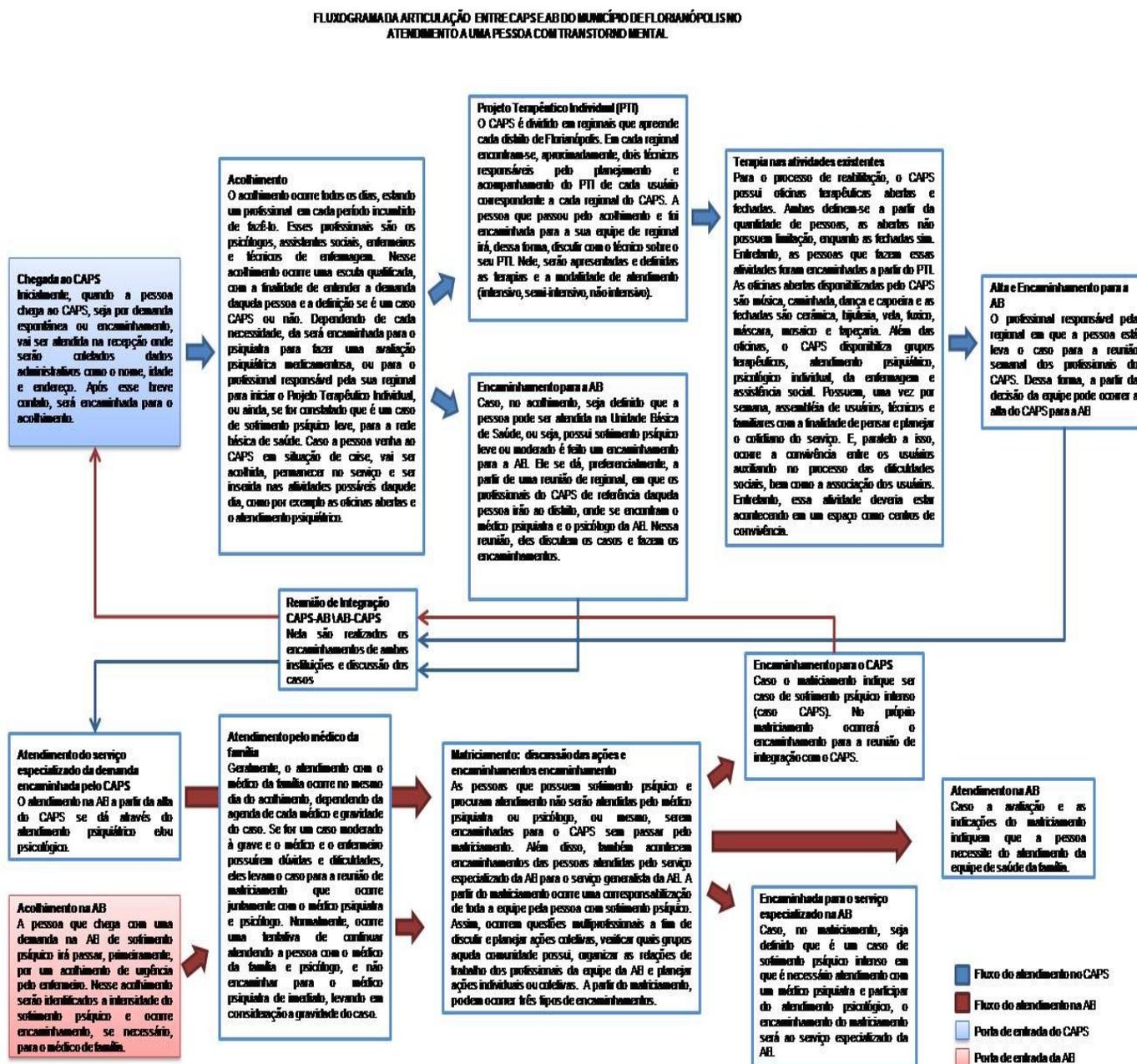
Para este entrevistado, o vínculo é facilitado uma vez que o serviço está dentro da comunidade e, dessa forma, próximo aos moradores,

conhecendo quem são seus profissionais de referência e tendo contato possibilita que a pessoa se sinta acolhida.

A partir da fala dos entrevistados em relação à integração, foi possível a construção de um fluxograma (Figura 1) na qual pode ser identificada tal

integração. Apresenta-se nesse fluxograma como se dão os encaminhamentos da pessoa que procura o serviço de saúde mental. Neste fluxograma a AB é a porta de entrada do serviço de saúde, entretanto, muitas vezes, a demanda espontânea chega ao CAPS, e lá é acolhida.

Figura1- Fluxograma da articulação entre CAPS e AB do município de Florianópolis no atendimento a uma pessoa com transtorno mental



### 3.2. O encaminhamento entre os serviços ocorre por diversos veículos

Os encaminhamentos entre os serviços constituem-se o motor da integração entre eles. No serviço investigado estes são identificados como claros e destacados da AB para os demais serviços. Um deles é para o NASF, quando os casos necessitam de discussões para que sejam tomadas providências ou se decidir o encaminhamento para o CAPS, ou para o hospital psiquiátrico. Isso pode ser observado na fala do seguinte entrevistado:

E se daí eu achar alguma necessidade de ter um encaminhamento a gente pode, a gente pensa em conjunto na reunião de equipe multiprofissional de como vai se dar esse encaminhamento. (...) pra gente discutir esse caso e em conjunto a gente vai vê o que vai encaminhar, a gente, muitas vezes, em conjunto, pode encaminhar, entender que o encaminhamento tem que ser feito para o CAPS e daí segue o encaminhamento (sic) AB.

Entretanto, são apontados casos de encaminhamento da AB para o CAPS, por *déficit* de clareza, situação que vem mudando principalmente a partir da lógica do matriciamento. Este, ainda não totalmente instalado, faz com que o CAPS receba pacientes que deveriam ser atendidos em outro nível de atenção.

A gente tem muito problema com a regional X e a regional Y. Essas duas a gente recebe muito encaminhamento equivocado que não é pra cá, mas por falta de matriciamento lá. E mandar de volta, então, é quase impossível (sic) CA.

A equipe do NASF, que é interdisciplinar tem, em face das demandas em saúde mental, função de regular os fluxos, permitindo diferenciar os casos que são da AB e os do CAPS, sob a coordenação desse último. Entretanto, se não ocorre o matriciamento, existe uma dificuldade na definição de quais os casos do CAPS ou da AB. Para se implantar o matriciamento são necessários profissionais suficientes, caso contrário, ficam sobrecarregados, o que em última instância coloca para aquela pessoa que teve alta do CAPS, a desassistência e a falta de apoio à reinserção social, alvos de luta do MNL e direito conferidos pela Lei 10.216. Silveira<sup>19</sup> aponta que a reorganização das ações em saúde mental visando a articulação para o trabalho deve considerar “a escassez de recursos humanos qualificados para o trabalho, as dificuldades da acessibilidade dos usuários às ações e serviços e a

necessidade de desburocratização do processo de trabalho<sup>19</sup>.

Os encaminhamentos, geralmente, ocorrem via reunião de regional, que acontecem uma vez por mês entre os profissionais da AB e os profissionais de referência do CAPS. Nelas são discutidos os casos e ocorrem os encaminhamentos tanto do CAPS para a AB, quanto na outra direção. Sobre isto um profissional do CAPS deu o seguinte depoimento:

Esse paciente deve ser encaminhado, atualmente ele é encaminhado através de uma reunião de regional que acontece uma vez por mês. Nesse encontro eu passo o caso à psicóloga ou ao psiquiatra que cuida dessa regional e esses profissionais agendam uma consulta para esse paciente, ou se tiver referência com o médico de família, eles mesmos passam esse caso para o médico de família da regional dele (sic) CA.

Para Machado<sup>15</sup> são necessárias articulações entre os níveis primários e especializados para que a demanda em saúde mental seja acompanhada. Bezerra e Dimenstein<sup>12</sup> afirmam que a partir da implementação do apoio matricial, dificuldades entre a articulação do CAPS com a AB serão minimizadas, uma vez discutidos os casos e encontradas saídas em conjunto. Outra forma de encaminhamento ocorre via contato telefônico, em caráter de urgência, quando não é possível esperar pela reunião de regional. Conforme um dos entrevistados:

(...) a gente avalia para ver se não é caso pra cá, pode fazer contato telefônico com o profissional pra qual a gente está encaminhando ou pros serviços da rede básica. Pode fazer um contato via telefone com a equipe de saúde mental daquela área né. (...) Muitas vezes não dá para esperar a reunião aí a gente telefona e faz contato (sic) CA.

O encaminhamento pode ocorrer também por escrito, da AB, que o faz para o CAPS, para o serviço especializado da AB ou vice-versa. Nesse processo relata-se o motivo, a situação atual do usuário e o profissional que encaminhou. Pode ser exemplo o que relatou o profissional da AB:

O psiquiatra manda o encaminhamento, no encaminhamento ele fala que o paciente já tá em alta, já pode ser tratado pelo médico de família, normalmente é assim que funciona. Encaminhamento de papel (sic) AB.

Já o acompanhamento das demandas que foram encaminhadas ocorre tanto no CAPS como na AB. Este se dá por meio de um programa instalado nos computadores de todas as unidades de saúde e com visibilidade em tempo real de qualquer alteração feita, o que possibilita o acompanhamento do paciente encaminhado por este prontuário eletrônico. Além disso, é comum terem notícias dos encaminhamentos de um paciente nas reuniões de regional, a fim de constatar seu acolhimento por outra unidade, como pode ser visto a seguir:

Então, o que acontece, claro não vou discutir pra sempre esse caso, mas assim, chegou? Não chegou? Como é que ta? Teve outra crise, volta pra gente. E ai também passa por essa reunião. O que a gente tem é isso. Todos os casos dá pra acompanhar? Não. Entendeu? Não dá pra dizer que todos são acompanhados, mas a grande maioria é. E como eles têm um vínculo com a gente, muitos deles vem nos visitar depois, vem nos dar notícias, vem nos dizer algo. Agora as reuniões também dão esse retorno (sic) CA.

Como pode ser visto a seguir os profissionais da AB corroboram esse processo, informando que no acompanhamento também é realizada a busca ativa:

O CAPS tem o hábito de ligar quando o paciente começa a faltar demais. Usa o telefone, solicita busca ativa, verifica se está acompanhando no posto, geralmente é isso, e uma outra coisa que favorece bastante é que a gente tem o prontuário eletrônico, as vezes quando ele ta faltando de mais lá e a gente abre aqui a gente já descobre (sic) AB.

Parece haver nos serviços estudados, no acompanhamento da demanda encaminhada, a busca de correspondência ao que é preconizado no SUS que implica a promoção da saúde, o gerenciamento do cuidado. Dessa forma, “a equipe de cuidado e o serviço precisam estar prontos para acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento”<sup>21</sup> (p. 229). Esse encaminhamento, que não está contemplado na Lei 10.216 e na Portaria 336/02, e que não tem um protocolo de realização, é claro e destacado na Política da AB, de quem é requerido “organizar o fluxo de usuários, visando a garantia das referências a serviços e ações de saúde fora do âmbito da AB”<sup>9</sup>. Entende-se que o acompanhamento do fluxo de usuários faz parte do processo de organização de cuidados de saúde ao usuário.

Um dos motivos para a realização do encaminhamento do CAPS para a AB é devido à alta. Esta é decidida, preferencialmente, por toda a equipe e pode ocorrer gradualmente para a AB. O encaminhamento se dá pela reunião de regional apontada anteriormente:

Essa decisão é feita em conjunto entre a equipe de saúde mental do CAPS, então eu discuto o caso na reunião que a gente tem aqui no CAPS também e quando a gente entra em consenso a respeito da alta ou do encaminhamento. Porque, geralmente, a alta é o encaminhamento né. A gente dá alta do CAPS, encaminha, vai pro psiquiatra ou psicólogo da regional ou então, pra equipe de saúde da família. Raramente a gente dá alta total, que não precisa fazer mais o tratamento, isso é muito raro (sic) CA.

O encaminhamento do CAPS para a AB ocorre preferencialmente para o NASF, ou seja, para a especialidade da AB. Entretanto, o encaminhamento também pode ocorrer via unidade básica de saúde, ou seja, diretamente para o médico de família ou enfermeiro, dependendo da necessidade do cuidado.

### **3.3. A demanda é bem caracterizada pelos níveis de atenção**

O presente estudo também buscou compreender como as demandas das pessoas que procuram os serviços de AB e CAPS são compreendidas pelos diferentes serviços. Pode-se perceber que é designado ao CAPS o papel atender sofrimento intenso, na ótica dos seus próprios profissionais, como coloca um dos entrevistados:

É uma pessoa que não está conseguindo dar conta da sua vida em termos de relações sociais, de família, do trabalho, não está conseguindo sair de casa, suicídio, sofrimento intenso, crise, não consegue dar conta de sua vida, esse é um caso CAPS, que deveria ser atendido aqui (sic) CA.

Essa percepção do CAPS está próxima daquela dos profissionais da AB, que compreendem os usuários do CAPS envoltos em demandas de maior gravidade, ou como pessoas que tem um isolamento social, auto ou hetero-agressividade, risco de suicídio, agitação, e que não tem uma rede familiar estruturada. O relato a seguir permite entender mais sobre isto:

Então são perfil, o CAPS é pra isso, são pra perfil de pacientes com grande dificuldade ou com sintomas negativos, isolamento aquela coisa toda ou até caso de depressão grave, então eles demandam, realmente, um cuidado mais intenso (sic) AB.

A demanda relativa à reinserção social pode ser vista na fala que se segue:

Mas, pra uma reinserção social, quais os objetivos que a gente vê, consideramos as principais demandas, de possibilitar essa inserção, às vezes, ou reinserção social, às vezes de coisas mínimas de dia a dia mesmo, pra aumentar a independência daquela pessoa, para que ela possa ser mais autossuficiente. Então, às vezes, pra conseguir comer junto no refeitório, ou pra conseguir cantar junto numa oficina, fazer coisas junto com outra pessoa (sic) CA.

Parece haver, por parte da AB e do CAPS, concordância no papel do CAPS. De acordo com Brasil<sup>22</sup> (p.13), o CAPS é *lócus* para referência e tratamento daquelas pessoas sofrimento devido a “transtornos mentais, psicoses, neuroses graves e demais quadros, cuja severidade e/ou persistência justifiquem sua permanência num dispositivo de cuidado intensivo.” O CAPS tem objetivo de proporcionar cuidado clínico, inserção social a partir de estratégias que envolvam “educação, trabalho, esporte, cultura e lazer”<sup>7</sup>.

Foi percebido ainda, entre os entrevistados do CAPS, em face do atendimento às pessoas com maior gravidade, que a sua relação com o diagnóstico não é o mais importante. Ao primeiro contato com a pessoa atendida no CAPS é feito o acolhimento com o propósito de reconhecer os sintomas e seus desdobramentos na convivência social. Em linhas gerais, ainda que se fizessem presentes, entre os entrevistados, falas demarcadas por diagnósticos pareceu ser claro para os entrevistados o papel de resgate da autonomia dos usuários.

Os entrevistados do CAPS apontam que as pessoas atendidas na AB são aquelas que mantêm algum equilíbrio em se relacionar com sua vida social, familiar e até mesmo com o trabalho. Ou seja, ainda que possuam sofrimento psíquico leve ou moderado, não alcançaram grandes dissociações com suas realidades. Dessa forma, o papel da AB é o de resgate das situações que apresentam dificuldades, ou mesmo acompanhamento da ressocialização de um

usuário para que retome as suas atividades e sintam-se acolhido. Sobre isto um dos entrevistados diz:

Então, a tentativa de fazer esse acompanhamento, esse encaminhamento pra AB é pra poder mesmo ampliar essa rede social do usuário, quer dizer, ele vai conhecer outros profissionais, ele vai conhecer outras pessoas dali do seu bairro próximo que freqüenta aquele posto de saúde também. Se tiver uma atividade na comunidade melhor ainda que ai fica muito mais fácil pra fazer vínculo na comunidade (sic) CA.

Já a AB afirma que o critério para a definição se é um caso CAPS ou AB é sempre pelo grau de sofrimento psíquico: “Pela gravidade do caso, mas ele é sempre atendido na unidade primeiro, com consulta médica, pelo menos antes de ir para o CAPS” AB. Em linhas gerais, parece ser compreendido também pelos entrevistados, que a comunicação entre CAPS e AB tem como principal objetivo a qualidade de vida dos usuários do SUS. Uma distinção de papéis e seu compartilhamento, é condição para o trabalho a busca de um atendimento mais humanizado, como é visto a seguir:

Tem gente que, por exemplo, faz consultas psiquiátricas lá na comunidade e participa das oficinas e grupos de atendimentos aqui com a gente, tem alguns casos que tem esse sentido. Pessoas que tinham muitas dificuldades de sair de casa, estavam em isolamento há muito tempo, tem bom vínculo com o médico lá e não quer perder. Essa é a referência. Por que necessariamente vai ter que vir pro médico daqui? Não sei. Então, têm pessoas que são atendidas aqui em oficinas e no médico e fazem atendimento psicoterápico na rede (sic) CA.

O compartilhamento de papéis como condição para o trabalho é visto quando os serviços demonstram considerar a singularidade e individualidade de cada pessoa. Dessa forma, o passo principal para iniciar o tratamento é o vínculo, ou seja, a confiança no profissional. Esse é um grande passo para um atendimento que não adéqua a pessoa ao serviço, mas o contrário. Além disso, o serviço deve comprometer-se com a demanda através da referência e contra-referência, na direção de que

A equipe de cuidado e o serviço precisam estar prontos para acompanhar a trajetória do sujeito em sofrimento, sem compartimentalizá-lo por

especificidades de demanda ou “repassá-lo”, ao se deparar com a complexidade das questões<sup>21;PP.229</sup>.

Durante a entrevista tanto para os funcionários da AB quanto do CAPS foi possível perceber que eles entendem ser crucial em saúde mental a compreensão da demanda. Assim, identificou-se a noção de integralidade na compreensão dos entrevistados na junção da saúde física e mental, pois uma se relaciona a outra. Isso é visto na fala a seguir:

Talvez seja isso, saúde mental é isso, envolve todas as questões, tudo aquilo que tem há ver com a possibilidade de bem estar cumprida. Envolve lazer, envolve moradia, envolve trabalho, envolve família, envolve relações, envolve tudo que é da vida daquele sujeito. Muitas vezes, eu acho, que essas outras coisas que não sejam essas demandas emocionais, que não seja isso que traz sofrimento, não são olhadas pela saúde mental. Agora, eu não consigo pensar a saúde mental fora ou longe das outras questões. Eu entendo que demanda de saúde mental eu entendo por demanda de saúde. Eu acho que essa é a diferença (sic) CA.

Aparece na fala dos entrevistados à ideia de relacionar saúde mental a um sofrimento mais genérico, que não necessariamente seja envolto à psicopatologia. Ou seja, o sofrimento pode aparecer em diversos momentos da vida. “Questionar o sentido do sofrimento talvez seja questionar a própria existência, uma vez que o sofrimento põe em evidência a relação do homem com ele mesmo e com o outro”<sup>23:p.2</sup>. A forma de lidar com esse sofrimento é que pode ser definido como leve, moderado ou grave. Para Dalmolin<sup>24:p.62</sup> sofrimento psíquico é percebido como “um processo que ocorre na vida da pessoa e que envolve o conjunto dos elementos que a constituem (quer sejam de ordem individual, familiar, política, religiosa, econômica...)”.

Na capacitação do profissional é ideal que ocorra uma preparação do profissional para inseri-lo nos serviços de saúde, bem como a educação permanente. Espera-se que o profissional busque pela sua atualização técnica, para isso o MS<sup>9</sup> prevê que a efetivação da Política Nacional de Educação Permanente está ligada com as instituições de nível superior e, assim, preparar os profissionais em saúde para o trabalho. No sítio do MS na internet encontra-se o programa permanente de formação de recursos humanos para a Reforma Psiquiátrica, em que se

estimula a educação permanente, bem como a supervisão clínico-institucional, sendo esta última, contemplada no CAPS entrevistado.

Quando do reconhecimento da demanda destinada aos diferentes níveis de atenção, especificamente os entrevistados da AB, consideraram as dificuldades da comunidade e seus efeitos nas condições psicossociais das pessoas que ali residem. Foram indicados pelos profissionais: baixa renda da população, tráfico de drogas, dificuldade de acesso à educação e dificuldades sociais, como diz um entrevistado:

O bairro X faz parte de um número de X equipes que são em áreas de interesse social, de risco social, ou seja, pessoas extremamente carentes monetariamente, carentes de acesso à educação, carentes... de risco em função de ser morros tipo a costeira de tráfico, violência, morte. Então, aqui tem vários pacientes que entraram na depressão quando o filho foi morto pelo tráfico ou que tá preso ou que alguém sofreu um grande desastre, acidente, enfim, são áreas de interesse social por problemas sociais, psicossociais significativa (sic) AB.

Tal reconhecimento indica serem necessários projetos de trabalho intersetoriais que alcancem essas realidades, uma vez que os problemas sociais estão diretamente ligados à saúde. Exemplo disso é que a falta de trabalho e remuneração traz sofrimento psíquico devido à estruturação do cotidiano da pessoa e contatos fora da família, ou seja, os sujeitos desempregados seriam privados dos efeitos do trabalho, que funcionam como eixos de organização do viver no cotidiano<sup>25:p.83</sup>. Todas essas condições na comunidade, evidentemente, também tem efeito sobre as PSP e seu processo de reabilitação.

### 3.4. Há uma insuficiência da rede de cuidados

Os espaços sociais, ou lugares que ocorram trocas sociais como os centros sociais, acadêmicos, parques, entre outros, são de extrema importância para as PSP, haja vista serem veículo de reinserção para estas. Esses espaços, que também são potencializadores da articulação entre a AB e a rede comunitária para colaborar na ressocialização de pessoas com transtornos mentais, nos serviços estudados foram exíguos, como aponta o profissional na seguinte fala:

(...) quando eu tô com um problema eu vou lá no posto tentar resolver. Que por um certo lado é legal, é legal isso, mas são coisas que se a comunidade se organizasse eles poderiam ter essas interações comunitárias pra resolver esses outros pepinos também, dificuldade financeira, enchente (...) (sic) AB.

A atenção em saúde mental que deve ser feita dentro de uma rede de cuidados dos quais participam a AB, as residências terapêuticas, os ambulatórios, os centros de convivências, os clubes de lazer, as igrejas, os amigos, escola, trabalho entre outros<sup>22</sup> aparece como algo distante enquanto apoio ao trabalho do CAPS e da AB, tal qual coloca a Portaria 336/GM de 2002, que indica que o CAPS II, ao prestar aos usuários atendimento individual e em grupos, atendimento em oficinas terapêuticas, visitas familiares, atendimento a família, atividades comunitárias, deverá fazê-lo enfocando a integração na comunidade<sup>7</sup>.

Destarte, para se construir essa rede são necessários recursos afetivos, sanitário, sociais, econômicos, culturais, religiosos e de lazer, quando o CAPS precisaria funcionar como dispositivo articulador dessa rede<sup>22</sup>. Dessa forma, a PSP sob os cuidados dos serviços estudados, uma vez apenas sob cuidados da rede pública, fica distanciada de possibilidades da reabilitação psicossocial, que seria a finalidade última do atendimento.

### 3.5. A estruturação da política de saúde mental dificulta a articulação

Aspectos da política de saúde mental no município foram apresentados pelos entrevistados com decorrências para a articulação entre CAPS e AB. Relaciona-se ainda a isto a necessidade de territorialização do CAPS, bem como a dificuldade no encaminhamento das pessoas devido à insegurança do atendimento. Isso aparece na fala seguinte:

Por isso que os CAPS deveriam ser territorializados, então isso facilitaria bastante. Como a gente, de alguma forma as coisas não acontecem como deveriam ser, como é preconizado pelo Ministério da Saúde, a gente vai tentando adequar algumas coisas, mas bom, tem gente que tem um sofrimento e algo tem que ser feito. Isso não significa que a luta pra que as coisas aconteçam como devam ser não se continue (sic) CA.

Ainda em relação à política de saúde mental, a AB destaca as necessidades sociais da comunidade, já que compromete a saúde mental das

pessoas daquela comunidade. Isso pode ser visto na fala da AB: “Eu diria sociais. Digo assim, falta dinheiro, falta emprego, falta, vamos dizer assim, uma política de redução de danos daqueles que são, por exemplo, dependentes químicos” (sic) AB. Percebe-se a necessidade da implementação de uma política mais ampla de saúde mental nesse município, a fim de institucionalizar o que já é regulamentado em saúde mental no município e que principalmente se desdobre em direcionamentos aos profissionais.

A fala dos entrevistados permite fazer a crítica de que a implementação da reforma psiquiátrica, após os quase dez anos da Lei 10.216, ocorre de forma muito lenta, ou seja, ainda em grande distância entre a dimensão legal e a institucionalização dos direitos por meio de um projeto de atenção às pessoas com sofrimento psíquico. Exemplo disso no cotidiano das rotinas de trabalho é que ainda que os entrevistados identifiquem ações relevantes para o cumprimento da reforma, como a integração entre a AB e média complexidade, também indicam não ocorrer a participação de profissionais da ESF nesse processo. A isto se soma a estrutura para o atendimento consoante com a Reforma Psiquiátrica, a instalação de CAPS em territórios próximos à população é apontada como necessária, já que condições geográficas podem ser obstáculos para a consecução da atenção. Essa condição pode ser explicitada por meio da fala a seguir:

(...) o CAPS recebia muito bem, fazia um ótimo atendimento, mas se a pessoa não tivesse condições de vir, se ela não viesse, se ela fosse de longe o CAPS não tinha condições de ir atrás e não ia, as vezes, nem sente a falta da pessoa. Pra mim é muito difícil de ver que eu to reproduzindo exatamente aquilo que eu sempre critiquei, e eu vejo que é por pura falta de condição (sic) CA.

Outro aspecto percebido como deficiente é a falta de profissionais tanto no nível do CAPS quanto da AB, levando à limitação do serviço, bem como a exaustão dos trabalhadores. Relacionado a isto é indicado pelos entrevistados que a quantidade de atendimentos leva à diminuição do tempo de atendimento, não sendo possível, em alguns casos, a intervenção necessária. A Reforma Psiquiátrica, com a necessária integração entre os níveis de atenção, somente será efetivada por meio de uma gestão da saúde municipal que tenha pessoas para realizá-la. Ainda relacionado aos trabalhadores, também ficou evidente suas necessidades de que tenham mais

conhecimento sobre a saúde mental, pois alguns se sentem ansiosos e despreparados. Sobre essa realidade, indica um dos entrevistados:

Então hoje a gente está trabalhando com a questão do matriciamento, mas a gente ainda fica muito ansioso com a assistência em saúde mental para aqueles casos mais graves, os casos mais leves é tranqüilo de levar, a gente consegue trabalhar bem. Mas fica mais na questão da habilidade prática dos profissionais para trabalhar com o doente em sofrimento mental (sic) AB.

Os entrevistados do CAPS e AB parecem ter clareza das funções técnico-assistenciais, no entanto, tal percepção carece do respaldo do desenho de uma política para a consecução do trabalho.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na complexa discussão acerca das características da articulação entre o CAPS e uma UBS ficou evidente o processo ainda lento da implementação da Reforma Psiquiátrica. A análise do processo no município uma vez cotejado com as dimensões teórico-conceitual, jurídico-política, sócio-cultural e prática assistencial, de Amarante<sup>1</sup>, permite identificar que a Reforma Psiquiátrica no serviço estudado, tem correspondências com a consecução da dimensão da prática-assistencial. O alcance dessa dimensão também tem desdobramentos nas concepções teóricas que fundamentam os funcionários dos serviços. Estes são vistos, em ambas as instituições, na busca de que sejam institucionalizadas as leis e portarias referentes à saúde mental e a rede de cuidados, ou seja, refletem acerca das dimensões legais (conferidas pela lei) e institucionais (conferidas pelas ações) relativas ao seu trabalho.

Os níveis de atenção estudados, a fim de realizarem o atendimento integral à pessoa com sofrimento psíquico, mantêm um fluxo de trabalho. A partir da visibilidade de um processo de trabalho foi possível identificar um fluxograma de ocorrência desse processo. Neste, a AB é a porta de entrada do serviço de saúde, entretanto, muitas vezes, a demanda espontânea chega para o CAPS, e lá é acolhida e redirecionada a depender de suas características.

A efetivação e o fortalecimento desse trabalho, contudo, tem rupturas no que tange ao estabelecimento de uma rede mais fortalecida para a ocorrência do serviço. Primeiramente pela falta de uma territorialização do CAPS, que ao ser centralizado

tem sobrecarga de trabalho e distanciamento geográfico das pessoas que assiste. E em segundo lugar, porque não existem espaços suficientes para trocas sociais. Assim, a pessoa com sofrimento psíquico fica ao cuidado apenas da rede pública, comprometendo sua reinserção social. Outro ponto relativo à Reforma Psiquiátrica no município estudado se refere aos problemas sociais, diretamente relacionados à saúde psicossocial das pessoas, sejam elas usuários da saúde mental ou não (desemprego, baixa renda, tráfico de drogas, dificuldade de acesso à educação, violência, entre outras).

Por outro lado, ainda que com distanciamento do que é preconizado pelas direções da Reforma Psiquiátrica brasileira, por meio da Lei 10.216, salta à vista a percepção das equipes de suas funções de acolhimento da pessoa que procura o atendimento em saúde mental. Tal realidade possibilita aproximar a ideia de que “é no cotidiano da vida das instituições, dos serviços e das relações interpessoais que o processo da Reforma Psiquiátrica avança, marcado por impasses, tensões conflitos e desafios”<sup>6:p.5</sup>. É em meio a este percurso que parece se encontrar o serviço estudado.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Amarante P. Saúde mental e atenção psicossocial. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007
2. Amarante P. O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria. Rio de Janeiro, FIOCRUZ, 1996.
3. Vasconcelos E. Abordagens psicossociais. 1ed. São Paulo: Aderaldo&Rothschild, 2008.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. Legislação em saúde mental: 1990-2004/Ministério da Saúde, 5 ed. – Brasília, 2004.
5. Amarante P. A (clínica) e a Reforma Psiquiátrica. In: Amarante P. (Org.). Arquivos de saúde mental e atenção psicossocial 1. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 45-65.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. Brasília, 2005, 60p.
7. Brasil. Portaria 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre o Funcionamento dos Serviços de CAPS. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
8. Pitta AMF, Goldberg LI. Os Centros de Atenção Psicossocial: Espaços de Reabilitação?. J Bras Psiquiatr 1996, 43(12):647-54.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria 648, de 28 de março de 2006. Dispõe sobre a regulamentação da Estratégia Saúde da Família. Diário oficial da união Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
11. Pinheiro R, Guljor AP, Gomes A, Mattos A, et al. Desinstitucionalização de saúde mental: contribuições para

- estudos avaliativos. Rio de Janeiro: CEPESC:IMS/LAPPIS:ABRASCO, 2007.
12. Bezerra E, Dimenstein M. Os CAPS e o trabalho em rede: tecendo o apoio matricial na atenção básica. *Revista Psicologia: Ciência e Profissão* 2008, 28(3):1.
  13. Dimenstein M, Santos YF, Brito M, et al. Demanda em saúde mental em unidades de saúde da família. *Mental* 2005, 3(5):23-41.
  14. Silveira D, Vieira A. Saúde mental e atenção básica em saúde: análise de uma experiência no nível local. *Cien Saude Colet* 2009, 14(1):32-42.
  15. Machado GS. Reforma Psiquiátrica e o Serviço Social: O trabalho dos assistentes sociais no CAPS. In: Eduardo Mourão Vasconcelos. (Org.). *Abordagens Psicossociais VOL III Perspectivas para o Serviço Social*. 1 ed. São Paulo: HUCITEC, 2008, v. 3, p. 25-75.
  16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1999.
  17. Gil AC. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ed. São Paulo: Atlas, 1999.
  18. Leopardi MT. *Metodologia na saúde*. 2ed. Florianópolis: UFSC/Pós graduação em enfermagem, 2002.
  19. Minayo MC. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.
  20. Gomes R. A Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS(Org.). *Pesquisa social: teoria método e criatividade*. Petrópolis: Vozes, 1994.
  21. Pinheiro R, Mattos RA. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.
  22. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Saúde Mental no SUS: os centros de atenção psicossocial*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.
  23. Dantas MA, Tobler V. *O Sofrimento Psicológico é a Pedra Angular Sobre a Qual Repousa a Sociedade de Consumo*. Disponível em [http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver\\_artigo.php?codigo=a0175](http://www.psicologia.com.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=a0175). Acesso em 21/01/2011.
  24. Dalmolin BM. *Esperança equilibrada: cartografias de sujeitos em sofrimento psíquico*. RJ: FIOCRUZ, 2006.
  25. Fonseca MLG. (Dissertação). *Sofrimento difuso, transtornos mentais comuns e o código do nervoso: uma revisão bibliográfica a respeito das expressões de mal-estar nas classes populares*. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2007.